

REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

IL TRIBUNALE DI PALERMO

TERZA SEZIONE CIVILE

in composizione monocratica, nella persona del giudice dott.ssa Angela
Notaro, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa iscritta al n. 17282/2014 del Ruolo Generale degli Affari civili
contenziosi vertente

TRA

I.N.P.S. - Istituto Nazionale della Previdenza Sociale, in persona del suo
legale rappresentante *pro tempore*, elettivamente domiciliato a Palermo, via
Generale Arimondi n. 2/Q, presso lo studio dell'avv. Adriana Pandolfo,
rappresentato e difeso dall'avv. Giuseppe Bernocchi e dall'avv. Marco Di
Gloria per procura generale alle liti in Notaio P. Castellini di Roma del
23.12.2011 (rep. n. 77778/19476)

ATTORE

CONTRO

Generali Italia s.p.a. (già Alleanza Toro s.p.a.), con sede in Mogliano
Veneto (TV), via Marocchesa n. 14, in persona dei legali rappresentanti *pro
tempore*, elettivamente domiciliata a Palermo, via Libertà n. 171 presso lo
studio dell'avv. Giovanni Immordino, che la rappresenta e difende per



procura alle liti in Notaio Dr. Giovanni Battista Dall'Armi di Treviso (Rep. n. 186905 - Racc. n. 30367 del 18.12.2014)

CONVENUTA

E

Miceli Andrea, nato a Sciacca (AG) il 12.12.1976 e residente a Burgio (AG), in via Santi n. 56

CONVENUTO CONTUMACE

OGGETTO: risarcimento danni

Conclusioni delle parti: all'udienza del 20 dicembre 2018 le parti precisavano le conclusioni come da rispettivi atti introduttivi e memorie *ex art. 183, VI comma, c.p.c.*

IN FATTO E IN DIRITTO

Con atto di citazione notificato il 4 novembre 2014, l'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (d'ora innanzi denominato soltanto INPS), citava dinanzi a questo Tribunale Miceli Andrea e la società Generali Italia s.p.a. per sentirli condannare, anche in solido, previa dichiarazione della riconducibilità del sinistro alla responsabilità esclusiva del sig. Miceli Andrea, al rimborso, *ex art. 1916 c.c.*, delle somme di € 155.538,12 e di € 1.152,38, quali importi liquidati in favore di Ridulfo Leoluca, rispettivamente, a titolo di assegno ordinario di invalidità con decorrenza dall'1 marzo 2008 comprensiva di interessi legali e rivalutazione monetaria alla data del 6 agosto 2012, ed a titolo di indennità economica di malattia per il periodo dal



09.01.2008 al 08.03.2008, oltre gli ulteriori importi per interessi legali e rivalutazione monetaria dovuti fino al soddisfo.

Deduceva che:

- in data 09.01.2008, alle ore 18.00 circa, il sig. Miceli Andrea, alla guida della propria autovettura Bmw targata BK293BX e assicurata per la responsabilità civile con la Compagnia assicuratrice Alleanza Toro s.p.a., perdeva il controllo del proprio mezzo su un tratto di strada in curva (SS. 118 Km 30+500, c.da Becchinello, Comune di Corleone, PA) e, dopo avere invaso la corsia opposta, andava a collidere frontalmente con il veicolo (motocarro) condotto dal sig. Ridulfo Leoluca, bracciante agricolo;

- la responsabilità del sinistro era da ascrivere esclusivamente a Miceli Andrea;

- a seguito del sinistro, Ridulfo Leoluca aveva riportato lesioni gravissime diagnosticate dall'Ospedale di Corleone in termini di *"frattura diafisi femore sx e frattura 1/3 distale femore dx scomposta; escoriazioni multiple"* (v. doc. 3 allegato all'atto di citazione);

- l'Inps aveva proceduto a corrispondere a Ridulfo Leoluca le prestazioni economiche previste dalla legge n. 222 del 1984, delle quali aveva diritto al rimborso.

La convenuta Generali Italia s.p.a., costituitasi, contestava la fondatezza delle domande attoree e ne chiedeva il rigetto o, in subordine, la riduzione nei limiti delle somme erogate fino alla cessazione del trattamento pensionistico.



Miceli Andrea, invece, non si costituiva in giudizio, sebbene ritualmente citato, sicché ne veniva dichiarata la contumacia.

Quindi all'udienza del 20 dicembre 2018, la causa, dopo l'assunzione di prova testimoniale, veniva posta in decisione sulle conclusioni formulate in epigrafe, con assegnazione dei termini di cui all'art. 190 c.p.c..

Ciò premesso, la domanda è fondata e, per quanto di ragione, va accolta.

In primo luogo, occorre premettere che l'attività istruttoria espletata in corso di causa ha confermato sia la dinamica del sinistro occorso in data 9 gennaio 2008, nella SS. 118 Km 30+500, c.da Becchinello, Comune di Corleone (PA) ed imputabile esclusivamente alla condotta imprudente di Miceli Andrea, sia il nesso causale tra il suddetto evento e le conseguenze dannose riportate dal sig. Ridulfo Leoluca, le quali, determinando la perdita della capacità lavorativa attitudinale, hanno condotto al riconoscimento della prestazione erogata dall'Istituto.

Nella specie, la relazione informativa del Nucleo Operativo, Legione Carabinieri Sicilia Compagnia di Corleone in data 7 novembre 2010, in risposta alla richiesta dell'INPS, riporta la seguente ricostruzione della dinamica dei fatti: *"il veicolo condotto dal suddetto Miceli Andrea, percorrendo un tratto di strada in curva, che presentava asfalto viscido per pioggia e fango, perdeva il controllo, andando a collidere frontalmente con il veicolo condotto dal Ridulfo Leoluca"*.

Va ora evidenziato che la suddetta ricostruzione dell'accaduto non risulta inficiata da alcun elemento probatorio di segno contrario, ma anzi, risulta



corroborata dalle dichiarazioni del teste Ridulfo Leoluca, soggetto infortunato (vedi verb. ud. del 16 novembre 2016).

Per quanto concerne l'eccezione di incapacità e/o inattendibilità del teste in ragione del suo coinvolgimento nel sinistro - sollevata dalla Generali Italia s.p.a. nella comparsa conclusionale-, il rilievo è tardivo, in quanto l'eccezione *“deve essere formulata dalla parte interessata a farla valere al momento dell'espletamento della prova o nella prima difesa successiva, restando altrimenti sanata ai sensi dell'articolo 157, secondo comma, cod. proc. civ.”* (v. Cass. n. 11377 del 2006).

Certamente, la tardività del predetto rilievo non esclude il potere/dovere del giudice di procedere alla valutazione della deposizione sotto il profilo dell'attendibilità del testimone.

Tuttavia, nel merito non può sottacersi che le dichiarazioni del teste risultano coerenti e pienamente confermatrice rispetto a quanto asserito dall'odierno attore. In particolare, il teste precisa quanto segue: *“il Miceli marciava sulla carreggiata opposta alla mia e dopo avere superato quattro auto su un dorso, alla fine del dorso, in curva, perdeva il controllo del suo veicolo e invadeva la mia carreggiata, impattando frontalmente la motoape da me condotta”*.

Inoltre, la mancata presentazione all'interrogatorio formale da parte del convenuto Miceli Andrea, nonostante la rituale notifica dell'ordinanza ammissiva, consente di desumere argomenti di prova, a norma dell'art. 116 c.p.c..



Alla luce delle considerazioni che precedono, deve ritenersi che l'attore ha assolto pienamente al proprio onere probatorio.

E' noto, infatti, che *"In tema di responsabilità civile per i sinistri occorsi nella circolazione stradale, la presunzione di colpa prevista in egual misura a carico di ciascuno dei conducenti ha funzione meramente sussidiaria, giacché opera solo ove non sia possibile l'accertamento in concreto della misura delle rispettive responsabilità: l'accertamento della colpa esclusiva di uno dei conducenti libera perciò l'altro dalla presunzione di responsabilità concorrente, nonché dall'onere di dimostrare di aver fatto tutto il possibile per evitare il danno"* (cfr. Cass. Civ., 19.12.2008 n. 29883 nonché Cass. Civ. III sez., 10.12.2012 n. 22831).
Va rilevato, in proposito, che *"in tema di responsabilità da sinistro stradale con scontro di veicoli, l'accertamento della colpa esclusiva di uno dei conducenti libera l'altro dalla presunzione della concorrente responsabilità di cui all'art. 2054, secondo comma, cod. civ. nonché dall'onere di dimostrare di aver fatto tutto il possibile per evitare il danno; la prova liberatoria per il superamento di detta presunzione di colpa non deve necessariamente essere fornita in modo diretto – e cioè dimostrando di non aver arrecato apporto causale alla produzione dell'incidente – ma può anche indirettamente risultare tramite l'accertamento del collegamento eziologico esclusivo dell'evento dannoso con il comportamento dell'altro conducente"* (Cass. civ. n. [9550](#)/2009; nello stesso senso, cfr. anche Cass. civ. n. [5226](#)/2006 e n. 8622/1990).

Di contro, la Generali Italia s.p.a. non ha fornito alcun elemento probatorio di segno contrario che smentisca l'accadimento dei fatti come



sopra ricostruiti e dimostri l'esclusione della responsabilità del Miceli e/o un concorso di colpa di Ridulfo Leoluca. Tra l'altro, l'avvenuto risarcimento disposto dalla compagnia di assicurazione convenuta in favore del Ridulfo conferma l'insussistenza di un concorso di colpa del soggetto danneggiato.

Dalla documentazione in atti risulta poi che, a seguito del sinistro, Ridulfo Leoluca ha riportato la frattura scomposta del femore sinistro e la frattura scomposta 1/3 distale del femore destro, nonché escoriazioni multiple (v. relazioni dei presidi ospedalieri di Corleone e di Partinico di cui ai doc. nn. 3 e 4 allegati all'atto di citazione).

Dalle predette fratture è derivata la riduzione in modo permanente a meno di un terzo della capacità di lavoro dell'assicurato, in occupazioni confacenti alle sue attitudini, con conseguente riconoscimento della spettanza della corresponsione dell'assegno ordinario di invalidità; in tal senso la relazione medico legale di cui al doc. 5 allegato al medesimo atto introduttivo del giudizio, la quale riporta peraltro un esito conforme alle relazioni del pronto soccorso sopra indicate.

Invero, dette relazioni, in quanto atti amministrativi, sono assistite dalla presunzione di legittimità, che può venir meno solo di fronte a contestazioni specifiche e fondate sul piano probatorio, assenti nel caso di specie.

D'altro canto, una disponenda c.t.u. non avrebbe condotto ad esiti diversi, in quanto esperibile soltanto sulla base delle relazioni medico legali in atti, atteso che il danneggiato, ad oggi, risulta avere parzialmente recuperato la capacità lavorativa in misura superiore alla soglia di un terzo.



Tanto basta per ritenere integralmente fondata, sotto il profilo dell'*an debeatur*, la domanda avanzata nei confronti di Miceli Andrea, quale conducente responsabile dell'incidente, ai sensi dell'art. 2054, primo comma, c.c.

Al risarcimento dei danni è tenuta, in solido, anche la Generali, ai sensi dell'art. 142 d.lgs. n. 209/2005, data la comprovata esistenza del rapporto assicurativo.

Pertanto, provato che la condotta del conducente dell'autovettura è stata l'unica causa dell'incidente e, dunque, del conseguente pregiudizio patito da Ridulfo Leoluca, deve concludersi nel senso di ritenere la compagnia convenuta, nella spiegata qualità, obbligata al risarcimento dei danni sofferti dal Ridulfo in conseguenza del sinistro medesimo.

Ora, è pacifico tra le parti - oltre che risultante *per tabulas* - che, in relazione alle conseguenze lesive dell'incidente occorso il 9 gennaio 2008, l'INPS ha erogato a Ridulfo Leoluca, prestazioni economiche a titolo, per un verso, di assegno ordinario di invalidità (con decorrenza dall'1 marzo 2008), in conseguenza dell'accertamento della riduzione della capacità lavorativa del Ridulfo in misura superiore a 2/3, e, per altro verso, di indennità economica di malattia per il periodo dal 09.01.2008 al 08.03.2008.

Da ciò discende, indubbiamente, la fondatezza dell'azione surrogatoria proposta dall'INPS, ai sensi dell'art. 14 della legge n. 222 del 1984.

Orbene, il menzionato art. 142 del d.lgs. n. 209 del 2005 riconosce all'ente gestore dell'assicurazione sociale il diritto di ottenere direttamente



dall'impresa di assicurazione il rimborso delle spese sostenute per le prestazioni erogate al danneggiato ai sensi delle leggi e dei regolamenti che disciplinano detta assicurazione.

Inoltre, come precisato dalla Suprema Corte, *“il principio fissato dall'art. 1916 c.c. in tema di assicurazione privata contro i danni, in forza del quale la surrogazione dell'assicuratore nei diritti dell'assicurato contro il terzo responsabile consegue al pagamento dell'indennità, subisce nel campo delle assicurazioni sociali - ove gli obblighi assicurativi sono caratterizzati da certezza ed inderogabilità, oltre ad articolarsi in una molteplicità di prestazioni non sempre quantificabili immediatamente in danaro - i necessari adattamenti, nel senso che per il verificarsi del subingresso dell'istituto assicuratore basta la semplice comunicazione al terzo responsabile dell'ammissione del danneggiato all'assistenza prevista dalla legge, accompagnata dalla manifestazione della volontà di esercitare il diritto di surroga. L'esercizio della surrogazione da parte dell'assicuratore comporta la perdita della titolarità del credito del danneggiato nei confronti del responsabile e l'acquisto dello stesso da parte dell'assicuratore, con la conseguenza che qualora la capitalizzazione della rendita erogata superi il danno patrimoniale liquidato in sentenza in favore del danneggiato, nessun'altra somma è dovuta a quest'ultimo”* (Cass. n. [15022/2005](#)).

Orbene, nel caso di specie l'INPS ha provveduto ad inoltrare la predetta comunicazione con lettera A/R in data 1.12.2009, cui sono seguite ulteriori lettere A/R del 9.2.2010, del 4.10.2010 e del 19.6.2012 (v. doc. da 8 a 11 allegati all'atto di citazione).



Infondato appare pertanto il rilievo di intervenuta prescrizione opposto dalla compagnia assicuratrice quale ragione giustificatrice del rifiuto del rimborso (cfr. doc. 12 allegato all'atto di citazione). Infatti, la comunicazione, effettuata dall'assicuratore - contemplante l'avvenuto pagamento dell'indennità in favore dell'assicurato danneggiato nonché la manifestazione della volontà surrogatoria - nei confronti del terzo responsabile è qualificata in giurisprudenza come atto interruttivo della prescrizione. In particolare, si sostiene che qualora la titolarità del credito si sia trasferita in capo all'assicuratore sociale prima della maturazione della prescrizione, e valendo la comunicazione dell'avvenuto pagamento e della volontà di surrogarsi quale atto interruttivo, l'estinzione per prescrizione del credito trasferito può discendere esclusivamente da successiva inattività dell'assicuratore medesimo, protrattasi per un periodo di tempo pari a due anni (v. Cass. 17 maggio 2007, n. 11457).

A partire dalla suddetta comunicazione la compagnia di assicurazione è obbligata ad accantonare una somma che, nel momento in cui sarà accertata e/o riconosciuta la responsabilità del proprio cliente assicurato deve essere destinata a rimborsare l'istituto assicuratore sociale delle somme corrisposte a titolo di prestazioni previdenziali erogate per disposizione di legge.

Pertanto, il pagamento effettuato dalla Compagnia di assicurazione, in fase transattiva (cfr. doc. 16 e 17 allegati all'atto di citazione), è avvenuto a suo rischio e pericolo, cioè a rischio e pericolo di dover sborsare due volte identici importi



Infatti, il diritto dell'assicurato di ottenere dall'Inps le prestazioni previdenziali previste dalla l. n. 222 del 1984 (nella specie, assegno ordinario) non viene meno nel caso in cui lo stesso assicurato abbia transatto con il responsabile in ordine al danno occorsogli trattandosi di diritti indisponibili per i quali non sono ammessi atti abdicativi. Permane quindi il diritto dell'INPS a surrogarsi nei diritti dell'assicurato nei confronti del terzo responsabile, diritto che è sottoposto al duplice limite del danno effettivamente da questi causato all'assicurato, da una parte, e dell'ammontare dell'indennizzo pagato dall'assicuratore, dall'altra; ciò significa che di regola l'assicuratore non può ottenere più di quanto abbia pagato e il responsabile non è tenuto a corrispondergli, in via di surrogazione, più di quanto dovrebbe all'assicurato danneggiato.

Tuttavia, proprio in relazione al *quantum* il secondo comma dell'art. 14 prima richiamato chiarisce che *"agli effetti del precedente comma, dovrà essere calcolato il valore capitale della prestazione erogata, mediante i criteri e le tariffe, costruite con le stesse basi di quelle allegate al decreto ministeriale 19 febbraio 1981, in attuazione dell'art. 13 della legge 12 agosto 1962 n. 1338, che saranno determinati con decreto del Ministro del Lavoro e della previdenza sociale, sentito il consiglio di amministrazione dell'Istituto nazionale della previdenza sociale"* sicché il limite della somma corrisposta a titolo di indennizzo non corrisponde al massimo a quanto già (eventualmente) sborsato dall'ente, ma va inteso dinamicamente come capitalizzazione della somma in questione calcolata secondo i parametri legali indicati.



Proprio in ordine alla quantificazione della somma dovuta, va detto che nel caso di specie la contestazione dell'odierna convenuta non ha riguardato i criteri di calcolo seguiti dall'Istituto previdenziale, ma si è incentrata sulla avvenuta cessazione della corresponsione dell'assegno già a partire dal mese di marzo del 2014, circostanza, quest'ultima, che emerge dalla stessa deposizione del teste Ridulfo Leoluca, il quale afferma che, a seguito dell'effettuazione da parte dell'INPS di due visite nel mese di febbraio dello stesso anno, l'assegno ordinario di invalidità gli è stato revocato.

Orbene, secondo la prospettazione dell'ente assicuratore, la predetta revoca inciderebbe, riducendola drasticamente, sulla somma spettante all'Inps a titolo di rimborso.

Al contrario, sul punto, appare condivisibile la ricostruzione della parte attrice che slega l'ammontare delle somme domandate dal limite di quanto effettivamente fino ad ora corrisposto al lavoratore, trattandosi di importi capitalizzati e calcolati secondo i parametri di legge che non sono influenzati dalle vicende proprie dell'assegno di invalidità che può anche essere revocato.

A tal proposito, infatti, la sentenza della Cassazione n. 4688 del 2003 ha chiarito che *“il diritto dell'Inps di surrogazione, ex art. 1916 c.c., nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili della sua invalidità, in relazione alla quale l'Istituto abbia erogato la prestazione previdenziale, va rapportato, quanto all'ammontare, non già agli importi concretamente versati, ma, a norma dell'art. 14, comma 2, della legge n. 222 del 1984, alla capitalizzazione della prestazione erogata,*



mediante criteri e tariffe determinati (con previsione di tutti i possibili eventi futuri) con decreto ministeriale, sentito il consiglio di amministrazione dello stesso Istituto. Pertanto, con riguardo all'assegno ordinario di invalidità (erogabile quando la capacità di lavoro dell'assicurato si sia ridotta permanentemente a meno di un terzo; riconoscibile per tre anni e confermabile a domanda per periodi della stessa durata, qualora permangano le condizioni che diedero luogo alla liquidazione della prestazione; confermabile ancora automaticamente dopo tre riconoscimenti consecutivi; soggetto, in quest'ultimo caso, a revisione), non esplica alcun effetto, in sede di surrogazione, la mancata conferma, o la revoca a seguito di revisione, di detto beneficio, concesso e concretamente corrisposto per un certo periodo di tempo, più o meno prolungato".

D'altra parte, se si accedesse alla tesi della compagnia assicurativa, che vorrebbe limitare il diritto dell'INPS al recupero soltanto delle somme effettivamente corrisposte, la surroga in parola sarebbe quantificabile esclusivamente "a posteriori", cioè soltanto dopo che sia sopravvenuta una causa estintiva del beneficio in via definitiva, e non prima, non essendo mai esattamente prevedibile, "a priori", la durata della prestazione. Ricostruzione questa, prima ancora che contraria alla chiara lettera della legge, anche evidentemente impraticabile, atteso che esporrebbe l'ente a dover attendere a volte dei decenni prima di recuperare le somme versate al lavoratore, e le assicurazioni a dover tenere accantonate, per lo stesso imprevedibile periodo di tempo, ingenti somme che - per di più - potrebbero dover essere rese disponibili immediatamente all'occorrenza quando la prestazione terminerà.



Come osservato ancora nella sentenza della Cassazione n. 4688/2003 *"la ratio del sistema adottato dalla legge risponde, dunque, ad esigenze di certezza e di semplificazione dei rapporti, e, per giunta, risiede altresì nell'osservazione statistica che la conferma dei benefici, anche in sede di revisione, e dunque la durata indeterminata delle prestazioni, è la regola, mentre l'anticipata cessazione è l'eccezione"*.

Conclusivamente, la mancata conferma dell'assegno dovuto a Ridulfo Leoluca non può esplicitare alcun effetto, dovendo, in sede di surrogazione, tenersi conto del valore capitale della prestazione, ai sensi del secondo comma dell'art. 14 sopra menzionato, e non dei singoli ratei corrisposti nel tempo in cui ha goduto dell'assegno.

Per tali ragioni, inconferente appare il richiamo della sentenza n. 3356 del 2010, con cui la Suprema Corte ha riconosciuto il diritto dell'Istituto previdenziale di recuperare soltanto le somme effettivamente erogate, non potendo ottenere più di quanto riconosciuto allo stesso danneggiato. Tale diversa conclusione si giustifica infatti solo in ragione delle peculiarità del caso oggetto del relativo giudizio, nel quale si era verificata la premorienza del soggetto danneggiato dal sinistro e beneficiario della prestazione pensionistica correlata all'infortunio patito.

Orbene, la situazione ora richiamata non può in alcun modo essere equiparata alla intervenuta revoca della prestazione previdenziale, atteso che in quest'ultimo caso l'assegno potrebbe essere ripristinato nell'ipotesi in cui dovessero manifestarsi aggravamenti della medesima patologia che diede



luogo al precedente riconoscimento. Invero, la norma di cui al menzionato art. 14, nella parte in cui prevede che il diritto di surroga dell'Inps vada rapportato al valore capitale delle somme erogate, non prevede alcuna eccezione in caso di revoca o di mancata conferma dell'assegno ed, anzi, al contrario sembra dettata proprio al fine di dare certezza in situazioni che, in quanto proiettate al futuro, non potrebbero avere certezza alcuna, se non *a posteriori*. In altri termini, l'aleatorietà, e quindi il conseguente vantaggio/svantaggio che potrà derivare all'una o all'altra parte, è insita nella stessa struttura della norma. Diversamente, la definitività collegata alla premorienza del soggetto danneggiato fa venir meno proprio l'incertezza nella quantificazione concreta delle somme che l'Istituto sarà chiamato ad erogare.

Quanto ai conteggi allegati dall'Inps, secondo costante giurisprudenza di legittimità, gli atti emanati dal predetto Istituto – come attestati dal direttore della sede erogatrice – sono assistiti dalla presunzione di legittimità propria di tutti gli atti amministrativi, che può venir meno solo di fronte a contestazioni precise e puntuali che individuino il vizio da cui l'atto in considerazione sarebbe affetto e offrano contestualmente di provarne il fondamento; pertanto, in difetto di contestazioni specifiche sul metodo di calcolo utilizzato dall'INPS per la determinazione del *quantum* o per le operazioni di contabilità effettuate, vista l'esplicitazione dei dati di liquidazione contenuta nella comunicazione indirizzata al sig. Ridolfo Leoluca da parte dell'attrice in data 27 maggio 2008 e tutta la



documentazione in atti (v. doc. 7, 10, 11, 14 e 15 allegati all'atto di citazione), deve ritenersi che la liquidazione delle prestazioni sia avvenuta nel rispetto dei criteri enunciati dalla legge, e che il credito relativo alle prestazioni erogate sia esattamente indicato in sede di regresso sulla base della certificazione del direttore della sede.

Pertanto, la somma di € 122.995,00 per rendita capitalizzata (risultante dai prospetti di cui ai documenti allegati *sub* nn. 10, 11 e 14 dell'atto di citazione) appare correttamente determinata.

Vanno poi calcolati rivalutazione ed interessi solo sulla somma già erogata (pari ad € 58.903,92, ottenuta moltiplicando l'importo mensile dell'assegno per i mesi e gli anni di effettiva erogazione, cioè 6 anni dal 1 marzo 2008 al 28 febbraio 2014) in quanto per il residuo non vi è stato ancora alcun esborso; in tal modo si ottiene una somma pari ad € 68.725,17, di cui € 63.439,52 per capitale rivalutato dal 1° marzo 2011 (data assunta come data intermedia unica di esborso) fino alla presente pronuncia, ed € 5.285,65 per interessi calcolati sulla somma progressivamente rivalutata annualmente.

A tale somma va aggiunta quella erogata a titolo di indennità economica di malattia, pari a € 1.152,38, che però va rivalutata dalla data del sinistro alla presente pronuncia, per un totale di € 1.508,05, di cui € 194,34 per interessi.

In base al principio della soccombenza, espresso dall'art. 91 c.p.c., le spese del giudizio vanno poste a carico dei convenuti in solido e si liquidano come in dispositivo.



Sulla somma ottenuta di € **134.324,30** (€ 122.995,00 - € 58.903,92 = € 64.091,08 + (€ 68.725,17 + € 1.508,05) = € 134.324,30) sono poi dovuti gli interessi legali dalla data della presente sentenza (momento in cui il debito di valore diventa debito di valuta) e fino al soddisfo.

P.Q.M.

definitivamente pronunciando, disattesa ogni diversa domanda, eccezione e difesa, in accoglimento della domanda proposta dall'INPS con atto di citazione notificato il 4 novembre 2014:

- 1) condanna i convenuti, in solido fra loro, al pagamento in favore dell'Inps della somma complessiva di € 134.324,30, oltre interessi legali dalla data della presente sentenza fino al soddisfo;
- 2) condanna i convenuti, in solido fra di loro, al pagamento in favore dell'Inps delle spese del giudizio da quest'ultimo sostenute, che liquida in complessivi euro 8.822,98, di cui euro 822,98 per esborsi ed euro 8.000 per compensi, oltre spese generali del 15%, I.V.A. e C.P.A. nella misura legalmente dovuta.

Così deciso in Palermo, 23 aprile 2019.

IL GIUDICE

Dott.ssa Angela Notaro

*La presente sentenza viene redatta con la collaborazione del **MOT dott.ssa Nicoletta Frasca**, su documento informatico e sottoscritto con firma digitale dal **Giudice dott.ssa Angela Notaro**, in conformità alle prescrizioni del combinato disposto dell'art. 4 del D.L. 29/12/2009, n. 193, conv. con modifiche dalla L.*



*22/2/2010, n. 24, e del decreto legislativo 7/3/2005, n. 82, e succ. mod. e nel rispetto
delle regole tecniche sancite dal decreto del Ministro della Giustizia 21/2/2011, n.
44.*

